

Von den Eltern bitte auszufüllen: (bitte deutlich schreiben)

Grundschule Maschen Schulkamp 11 21220 Seevetal Tel. 04105/82412 Fax 04105/660510	Name	Vorname (Rufname unterstreichen)	Einschulungsjahr
geb. am:		Geb.-Ort:	
Alter (Jahre/Monate)		Geschlecht:	
Konfession:		Geschwister:	
Staatsangehörigkeit:		Stellung in der Geschwisterreihe:	
Wohnort		Kindergarten	
Straße:		Name und Anschrift:	
Ort:			
Ortsteil:		Telefon:	
Telefon:		Ansprechpartner:	
Handy Nr. Mutter:		Besuch von bis	
Arbeit Nr. Mutter:			
Handy Nr. Vater:		Sorgerecht: beide Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>	
Arbeit Nr. Vater:		Auskunft erteilen an:	
Sonstige Notruf Nr.:		Name und Anschrift:	
Krankenkasse, bei wem versichert:			
		In welcher Sprache sprechen Sie zu Hause?	
Elterndaten		Mutter:	
Mutter		Vater:	
Name:		Kind:	
Vorname:		Falls das Kind nicht bei den Eltern lebt:	
		Erziehungsberechtigte	
Vater		Name:	
Name:		Vorname:	
Vorname:		Straße:	
		Ort:	